



**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA / WARTOŚCI WYKUPU Z UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE TYPU NORDEA GWARANT**

**1. DANE UBEZPIECZONEGO**

Numer Umowy Generalnej

Imię  Nazwisko   
 Data urodzenia -- PESEL  Nr tel. kontaktowego 0   
D D M M R R R R  
 Adres do korespondencji      
ulica numer domu numer lokalu  
 -      
kod kraju kod pocztowy miejscowość poczta

**2. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

Rodzaj zgłaszanego zdarzenia Ubezpieczeniowego: <input type="checkbox"/> dożycie <input type="checkbox"/> wykup <input type="checkbox"/> zgon	Data powstania zdarzenia Ubezpieczeniowego:* <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>D D M M R R R R</small>	Miejsce zajścia zdarzenia: * <input type="text"/>
--	--	--

Opis / przyczyna zajścia zdarzenia: (prosimy wypełnić jeśli zgłaszanym zdarzeniem jest zgon Ubezpieczonego)

**ZAŁĄCZNIKI DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO ZDARZENIA** (prosimy zaznaczyć właściwe dla rodzaju zgłaszanego zdarzenia)

<input type="checkbox"/> kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego (potwierdzona za zgodność z oryginałem).	<input type="checkbox"/> akt zgonu* (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)	<input type="checkbox"/> zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu*	<input type="checkbox"/> dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia zgodnie z prawem spadkowym* (jeżeli nie ma uprawnionego Uposażonego).	<input type="checkbox"/> inne dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia zdarzenia (np. protokół Policji lub Prokuratury)
--	---	---	---	--

Potwierdzenia wymaganych dokumentów za zgodność z oryginałem dokonać mogą: Agent / Pośrednik / Przedstawiciel Nordea, organ administracji, który wydał dokument, pracownik kadr zakładu pracy lub notariusz.

**3. DANE OSOBY UPOSAŻONEJ / UPRAWNIONEJ\*** Prosimy wpisać dane Uposażonego lub jeśli brak Uposażonego, dane osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia. Każda z osób Uposażonych / Uprawnionych proszona jest o indywidualne wypełnienie oddzielnego wniosku.

**3A) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Uposażony / Uprawniony jest osobą fizyczną.**

Imię  Nazwisko   
 Data urodzenia -- PESEL  Nr tel. kontaktowego 0   
D D M M R R R R  
 Adres do korespondencji

**3B) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Uposażony / Uprawniony jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.**

Nazwa podmiotu   
 REGON  Adres do korespondencji

**4. DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA / WARTOŚCI WYKUPU**

Sposób realizacji wypłaty:  przelewem na rachunek bankowy *W przypadku braku wskazania numeru rachunku bankowego, wypłata świadczenia/wartości wykupu zostanie zrealizowana przekazem pocztowym na adres korespondencyjny.*

Kwota do wypłaty w PLN: , Kwota słownie:

Numer rachunku bankowego:

<b>Posiadacz rachunku -</b> Imię i Nazwisko / Nazwa podmiotu: ** Prosimy wypełnić gdy posiadaczem rachunku nie jest osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub wartości wykupu Część B do wypełnienia gdy posiadacz rachunku nie jest osobą fizyczną.	A	Imię <input type="text"/> Nazwisko <input type="text"/>
	B	Nazwa podmiotu <input type="text"/>
	Adres korespondencyjny / siedziby <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>ulica numer domu numer lokalu</small> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>kod pocztowy miejscowość poczta</small>	

**REALIZACJA WYPŁATY W FORMIE PRZELEWU TYTUŁEM SKŁADKI DO NOWEGO WNIOSKU / POLISY** (opcjonalnie)

Numer wniosku / polisy**:	Kwota w PLN w formie wpłaty na poczet składki: <input type="text"/> , <input type="text"/>	Przekazanie kwoty świadczenia / wartości wykupu na poczet składki: <input type="checkbox"/> ubezpieczeniowej <input type="checkbox"/> dodatkowej / premiiwanej dodatkowej** <input type="checkbox"/> innej
---------------------------	--	---

Miejscowość  Data --  
D D M M R R R R

**5. POTWIERDZENIA PRZYJĘCIA WNIOSKU**

Agent / Pośrednik / Przedstawiciel Numer telefonu 0 <input type="text"/> Data <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>D D M M R R R R</small> Czytelny podpis / Pieczęćka Oddziału (jeśli dotyczy)	Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Czytelny podpis Ubezpieczonego Czytelny podpis osoby Uposażonej / Uprawnionej* Data <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>D D M M R R R R</small> Czytelny podpis Przedstawiciela Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
--	---

\* Wypełnić w przypadku zgonu

\*\* Niepotrzebne skreślić